

FICHA DE SAÚDE

Nome do passageiro:
Sexo F () M () Data de nascimento / /
Nome do passageiro que preenche e assina este documento:
Endereço:
CEP Cidade Estado
Tel. residencial:
Tel. Comercial:
Tel. Móvel:
e-mail 1
e-mail 2

1. Tem alergia a pó, pêlos, lã, picada de inseto, perfume etc ?
2. Tem alergia a algum medicamento ? Qual ?
3. Tem dificuldade de cicatrização ?
4. Apresenta algum sangramento? Especifique.
5. Já tomou vacina contra tétano ? Em qual data ? / /
6. Já tomou soro anti-tetânica ? Em qual data ? / /
7. Quais doenças de infância já teve ?
() Sarampo () Catapora () Rubéola () Caxumba () Coqueluche
() Outras...especifique
8. Possui doença crônica ? Especifique
9. Tem crises súbitas do tipo () asma () convulsão () desmaio () sonambulismo
() Outras...especifique
10. Como reage ao processo febril ? Costuma ocorrer convulsões ?
11. Já teve alguma intervenção cirúrgica ? Qual ?

IMPORTANTE

1. Todos os passageiros devem levar os medicamentos que costumam usar para problemas de saúde mais comuns como dores de cabeça, enjôo, febre, etc.
2. Se usar algum tipo de medicamento regularmente, levar a quantidade suficiente para todo o período da viagem. Entregar relação dos nomes e aplicação.
3. Devido ao sol e a alta temperatura em Orlando, todos deverão usar filtro solar durante as visitas aos parques ou caminhadas, beber muita água e se possível, usar chapéu ou boné.

NOME DO SEGURO VIAGEM: Travel Ace nr.

Assinatura do pai/mãe ou responsável